

Rapport project “Wetenschappelijke ondersteuning voor opzetten van gespecialiseerd dagcentrum rond cognitieve problematiek bij ouderen”.

Kadering

Dagverzorgingscentrum (DVC) HOGEDIJF bestond oorspronkelijk uit 1 campus en ving zowel ouderen met een lichte als ernstige cognitieve problematiek dagelijks op. Begin 2017 werd deze campus vervangen worden door 2 aparte centra, nl. één gespecialiseerd centrum voor personen met cognitieve problematiek (campus Banneux) en één centrum voor een algemenere doelgroep ouderen (campus Stadspark). Bij het opzetten van de nieuwe centra en hun werking, wil men graag inzetten op een persoonsgerichte benadering, op vorming en op het betrekken van familie. Er is weinig echter weinig wetenschappelijk onderzoek in België omtrent de werking van een DVC specifiek voor personen met cognitieve problematiek.

DVC HOGEDIJF wil deze nieuwe werking en setting aangrijpen om (wetenschappelijk) onderzoek te organiseren en na te gaan of deze gespecialiseerde aanpak tot minstens even goede zorg zal leiden, waarbij men gebruik kan maken van de unieke situatie waarbij men dezelfde cliënt in de oude (niet gespecialiseerde setting) kan onderzoeken en vervolgens kan vergelijken met de nieuwe (gespecialiseerde) setting.

Hierbij vraagt het DVC ondersteuning vanuit PXL Expertisecentrum Zorginnovatie. Er is vraag naar methodologische ondersteuning om dit onderzoek op te zetten, uit te voeren en te begeleiden (waarbij ook beroep wordt gedaan op personeel). Verder is er ook vraag om ondersteuning te bieden in de zoektocht naar evidence based practices op internationaal niveau omtrent werking van DVC voor personen met cognitieve problematiek. Om dit alles uit te voeren is er vraag om zowel studenten als onderzoekers te betrekken.

Probleemstelling en onderzoeksvraag

Er werden bij aanvang van het onderzoek 3 probleemstellingen geformuleerd, namelijk

- De werking van DVC HOGEDIJF zal van één algemeen centrum naar 2 aparte centra gaan, waarvan één gespecialiseerd centrum voor personen met cognitieve problematiek. De vraag vanuit het beleid van DVC HOGEDIJF is of dit kan leiden tot even goede of zelfs betere zorg.
- Er is weinig nationaal wetenschappelijk onderzoek bekend over de werking van een gespecialiseerd centrum voor personen met cognitieve problematiek.
- DVC HOGEDIJF vraagt naar ondersteuning met betrekking tot welbevinden en tevredenheid van bezoekers, mantelzorgers en personeel van DVC HOGEDIJF – campus Banneux.

Bijgevolg kunnen de onderzoeksvragen gesteld kunnen worden.

- 1) In welke mate zal een gespecialiseerde aanpak leiden tot even goede zorg?
Hierbij kunnen 3 subvragen gesteld worden:
 - a. In welke mate blijft het welbevinden van cliënten met cognitieve problematiek behouden?
 - b. In welke mate zijn de mantelzorgers en het personeel tevreden over de werking?

- c. Op welke manier en in welke mate hebben de cliëntgerichte aanpak en werking van personeel invloed op het welbevinden en de tevredenheid van cliënten en mantelzorgers?
- 2) Welke evidence based practices zijn er momenteel op (inter)nationaal niveau omtrent de werking van een DVC voor personen met cognitieve problematiek?

Methode

Eenzijds wordt een literatuurstudie uitgevoerd waarbij 2 onderwerpen onderzocht worden:

- Valide en betrouwbare meetinstrumenten die het welbevinden, de tevredenheid en cliëntgerichte werking in kaart kunnen brengen.
- Evidence based practices omtrent de werking van een DVC voor personen met cognitieve problematiek.

Anderzijds wordt een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd om het welbevinden van de cliënten, de tevredenheid van mantelzorgers en personeel, en de cliëntgerichte werking in kaart te brengen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een mixed-method design waarbij zowel kwalitatieve data verzameld zal worden als kwantitatieve data.

Methode literatuuronderzoek

Met betrekking tot verdieping rond het welbevinden in een DVC werd in de eerste fase informatie verzameld over de effectiviteit van een gespecialiseerd DVC voor personen met cognitieve problemen. De databanken PubMed, Cochrane, Springer, Google Scholar, NICE, Ebsco werden doorzocht met de trefwoorden "well-being", "dementia" en "special care units".

In de tweede fase werd gericht gezocht naar vragenlijsten over het welbevinden van ouderen met cognitieve problemen. Dit via de databanken/websites Pubmed, Google, "meetinstrumenteninzorg" en Google Scholar met de trefwoorden "quality of life", "dementia", "qualidem", "vragenlijsten", "welbevinden", "ouderen", "dagverzorgingscentrum", "welzijn", "meten", "kwaliteit van leven", "dementie" en "assessment".

In de derde en laatste fase werd gezocht naar literatuur over het welbevinden van ouderen met cognitieve problemen en beïnvloedende factoren. De databanken Pubmed, Springer, Google Scholar werden doorzocht met de volgende trefwoorden: "special care units", "dementia", "cliënt centered", "facility", "community based", "home care", "day center" en "quality of life". In deze laatste fase werd door de onderzoeker nog een systematische zoekstrategie uitgewerkt. Er werd gezocht op de databanken PubMed, Cochrane en Springer met de volgende zoekstrategie: "(("Aged"[Mesh]) AND well-being[Title/Abstract]) AND "Resilience, Psychological"[Mesh)".

Methode praktijkgericht onderzoek

Doelgroep:

De doelgroep betreft 3 verschillende groepen.

De eerste doelgroep zijn alle cliënten van DVC HOGVEIJF die met zekerheid of waarschijnlijk ingedeeld zullen worden naar campus Banneux.

De tweede doelgroep zijn alle mantelzorgers van deze betreffende cliënten.

De derde doelgroep zijn alle personeelsleden van de gezamenlijke campus (voor verhuis) en campus Banneux (na verhuis).

Assessments:

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de verschillende assessments die afgenomen zullen worden bij de verschillende doelgroepen. Alle assessments worden zowel voor als na de verhuis gemeten.

Tabel 1 Diverse assessments bij de verschillende doelgroepen

Doelgroep	Wat wordt gemeten?	Hoe wordt het gemeten?
Cliënt	Welbevinden	Observatieschaal "Qualidem"
		Vrije observatie tijdens activiteiten
Mantelzorger	Tevredenheid	Telefonische interviews
	Cliëntgerichte werking/aanpak	Telefonische interviews
	Competentiegevoel	Sence of Competence questionnaire (short form)
Personeel	Tevredenheid	Focusgroep interviews
	Cliëntgerichte werking/aanpak	Focusgroep interviews
		Vrije observatie tijdens activiteiten

Meetmomenten

De assessments van de cliënten werden zowel voor de verhuis (periode oktober-december 2016) als na de verhuis (periode maart-juni 2017, november-december 2017 en april/juni 2018) verzameld. De assessments met betrekking tot de mantelzorgers werden verzameld net voor de verhuis (februari 2017) en na de verhuis (juni-augustus 2017 en juni-juli 2018).

De assessments van het personeel werden verzameld voor de verhuis (december 2016) en na de verhuis (juni 2017, januari 2018 en juni 2018).

Het betreft een cross-sectioneel onderzoeksdesign waarbij de gegevens telkens op één bepaald moment verzameld worden. De verwerking verloopt echter op groepsniveau waarbij zowel naar de volledige groep van beide meetmomenten gekeken wordt, als naar een selectie van de groepen waarbij de selectie bestaat uit personen waar zowel tijdens het meetmoment voor de verhuis gegevens zijn verzameld, als na de verhuis.

Dataverzameling:

Buiten de verschillende assessments (zie tabel 1 bij "assessments") zullen ook nog karakteristieke data van de cliënten verzameld worden. Deze zijn de volgende:

- Leeftijd
- Geslacht
- Burgerlijke staat
- Diagnose (indien gekend)
- Global Deterioration Scale (GDS)
- Katz-schaal

Literatuurstudie

Eenzijds werd gezocht naar valide en betrouwbare meetinstrumenten die het welbevinden, de tevredenheid en cliëntgerichte werking in kaart kunnen brengen.

Anderzijds werd gezocht naar literatuur waarin de werking van een DVC voor personen met cognitieve problematiek beschreven wordt. Hier werd verder gezocht en gewerkt op de interne nota van DVC Plankeweke (dhr. Miguel Porta en mevr. Simone Legerstee). Onderstaande resultaten vormen dus een aanvulling op de interne nota.

Meetinstrumenten

Er werd gezocht naar valide en betrouwbare meetinstrumenten die het welbevinden, de tevredenheid en cliëntgerichte werking in kaart kunnen brengen.

Op basis van de literatuur werd gekozen om de observatieschaal **Qualidem** te gebruiken voor het in kaart brengen van het welbevinden van cliënten [1, 2]. Het is een meetinstrument om de levenskwaliteit in kaart te brengen (waaronder welbevinden) bij personen met lichte tot zeer ernstige dementie, maar ook de relatie van cliënten met zorgprofessionals en medecliënten in kaart brengt en de wijze waarop cliënten omgaan met hun omgeving. De psychometrische gegevens die gevonden werden, geven aan dat de Qualidem een valide en betrouwbaar instrument is. Deze gegevens zijn terug te vinden in tabel 2 [1, 2].

Tabel 2 Psychometrische gegevens van de Qualidem

Betrouwbaarheid	0.60 – 0.90
Cronbach's alfa	0.59 – 0.89
Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	0.66 – 0.88
Test-retest betrouwbaarheid	0.74 – 0.88

Verder werd uit de literatuur aangeraden om samen met de Qualidem de **Global Deterioration Scale (GDS)** te gebruiken om het stadium van cognitieve problematiek te bepalen. Deze schaal heeft de voorkeur gekregen op de Mini Mental State Examination (MMSE) omwille van 2 redenen. De eerste reden is omdat vanuit de literatuur heel duidelijk aangegeven wordt dat er een betere relatie is tussen de Qualidem en de GDS dan tussen de Qualidem en de MMSE [1, 2]. De tweede reden is dat de GDS werkt met verschillende stadia waarin diverse omschrijvingen beschreven worden terwijl de MMSE een effectieve vaste score bepaald (hetgeen vaak een momentopname is).

De **Katz-schaal** werd geselecteerd om de mate van zelfstandigheid van de cliënt te kunnen bepalen. Er werd niet specifiek gezocht op de Katz-schaal omdat deze in de praktijk ook gebruikt wordt door het DVC en RIZIV.

Werking van gespecialiseerd centrum en welbevinden bij ouderen

Uit de literatuurstudie van het eerste jaar werden 14 artikels geselecteerd met betrekking tot de effectiviteit van een gespecialiseerd centrum (zogenaamde special care unit (SCU)), bijkomend werden hierover ook 2 reviews gevonden. Verder werden ook 9 artikels geselecteerd met betrekking tot welbevinden en veerkracht bij ouderen met cognitieve problematiek.

De literatuurstudie uit het 2^{de} projectjaar, ging dieper in op de aspecten coping en veerkracht, aspecten die het welbevinden van personen kunnen beïnvloeden. Tijdens deze literatuurstudie werden nog eens 18 artikels gevonden waarvan 6 geanalyseerd werden.

Hieronder wordt een korte samenvatting gegeven van de belangrijkste aspecten.

Vooreerst kan opgemerkt worden dat er weinig tot geen onderzoek is gedaan naar de invloed van een gespecialiseerd dagverzorgingscentrum op het welbevinden en de levenskwaliteit van ouderen met cognitieve problemen [3]. Vaak worden artikels en/of studies gevonden die ofwel enkel bij personen met dementie uitgevoerd werden [3], ofwel enkel in woon-en zorgcentra. Het voorliggende onderzoek is dan ook baanbrekend te noemen.

Verschillende artikels melden een positief effect op levenskwaliteit [4, 5], betere ADL [4, 5], minder angst [4] en beter cognitief functioneren [6] wanneer oudere personen verzorgd werden binnen een **gespecialiseerde (kleinere) setting ten opzichte van de grote institutionele setting**. Robinson et al (2007) vonden dat personeelsleden minder conflicten met families en depressies melden binnen gespecialiseerde settings dan in grote institutionele settings. Zij vonden ook dat de betrokkenheid van familie op vlak van zorg verhoogd was binnen de special care unit [7]. Abrahamson et al (2013) ging specifiek kijken binnen aspecten van levenskwaliteit. Zij vonden dat cliënten met een vergevorderd stadium van cognitieve problematiek binnen een algemene unit een hogere levenskwaliteit rapporteerden met betrekking tot comfort en omgeving, en een lagere levenskwaliteit met betrekking tot activiteiten, zelfstandigheid, privacy, betekenisvolle relaties en stemming. Bij cliënten met een vergelijkbaar stadium meet binnen een special care unit, werden hogere waarden van levenskwaliteit gerapporteerd met betrekking tot betekenisvolle activiteiten, comfort, omgeving en zelfstandigheid. Deze cliënten hadden echter wel lagere gemoedsscores ([8]). Måvall en Malmberg (2007) toonden dan weer aan dat op korte termijn (tot 4 maanden) een gespecialiseerd dagcentrum voor personen met cognitieve problematiek geen invloed op dagelijks functioneren van personen met dementie, maar op langere termijn (12 maanden) wel [9]. Door deze onderzoeken werden echter statistisch geen significante verschillen aangetoond.

Door Verbeek et al (2010) werd wel een significante verbetering aangetoond met betrekking tot fysiek en cognitief functioneren binnen de gespecialiseerde kleine setting (waarin dagbepaling meer gebeurt door cliënten ipv personeel) ten opzichte van de grote institutionele setting [10]. In een vervolgonderzoek door dezelfde onderzoekers werd een significante verbetering gevonden met betrekking tot welbevinden binnen de kleine gespecialiseerde setting ten opzichte van de grotere setting [11].

Binnen de gevonden artikels werden ook **beïnvloedende factoren** gevonden. Ten eerste melden Moyle et al (2015) dat “onafhankelijkheid”, “het iets te doen hebben” en “sociale interacties” werden aangegeven als beïnvloedende domeinen op levenskwaliteit door personen met dementie [12]. Ten tweede verklaren zowel Zeisel et al (2003) en Abrahamson (2013) dat omgeving een invloed heeft op de verbetering van symptomen van de ziekte van Alzheimer [13] en personen met cognitieve problematieken [8]. Abrahamson et al (2013) geeft ook voorbeelden van aanpassingen aan de omgeving in een gespecialiseerd centrum die potentieel hebben om de levenskwaliteit van cliënten te verhogen. Deze zijn onder andere gespecialiseerde training van het personeel, geluidsonderdrukkingsprogramma’s, regelmatig gebruik kunnen maken van privé kamers, laag aantal cliënten, verhoogde mogelijkheden voor natuurlijk licht, en flexibele routines naar cliënten toe [8]. Verder vermeld Day et al (2000) dat de fysieke omgeving als een belangrijke therapeutische bron beschouwd moet worden om het welbevinden en functionaliteit van personen met dementie te bevorderen [14]. Met betrekking tot individuele noden geeft Teresi et al (2000) aan dat, ondanks decennia lang onderzoek naar persoon-omgeving, het nog niet duidelijk is hoe je het best de omgeving naar een individuele nood aanpast binnen eenzelfde instelling [15]. Ten derde toont Graff et al (2006) aan dat 10 sessies van ergotherapie op meer dan 5 weken, het dagelijks functioneren kan bevorderen en bijgevolg de last van de verzorgers/mantelzorgers vermindert. De ergotherapie hield in dat de

cliënten zelf cognitieve therapie ontvingen waarin ze getraind werden om diverse hulpmiddelen te gebruiken ter compensatie van hun cognitieve achteruitgang. En dat de mantelzorgers/verzorgers training kregen in copinggedrag en supervisie van personen met cognitieve problematiek [16]. Ten vierde blijkt het aantal verplegend/verzorgend personeel belangrijk te zijn voor de levenskwaliteit van personen binnen een kleine gespecialiseerde setting. Zo blijkt uit het onderzoek van Abrahamson et al (2013) in Amerika dat personen binnen een kleine setting minder levenskwaliteit ervaren door onvoldoende verplegend personeel [8].

Desai et al (2016) geven adviezen voor gezondheidszorgmedewerkers om de **levenskwaliteit** van personen met dementie te verbeteren. Volgens Desai et al (2016) zijn dit de 7 belangrijkste adviezen:

- Gezondheidszorgmedewerkers dienen de bezorgdheid van cliënten met betrekking tot hun cognitieve achteruitgang serieus te nemen en niet toewijzen aan het normale verouderingsproces.
- Gezondheidszorgmedewerkers moeten op regelmatige basis streven naar een beter begrip van de ervaringen en perspectieven van personen met dementie en dit begrip gebruiken om zorgbeslissingen te nemen.
- Gezondheidszorgmedewerkers moeten reflecteren en discussiëren over hun eigen vooroordelen met betrekking tot leven met dementie en de negatieve ervaringen die gedeeld worden door personen met dementie, om hun eigen medeleven met de persoon met dementie te verhogen.
- De status van dementie alleen is niet genoeg om te concluderen dat kennis en achtergrond verkregen door de persoon met dementie zelf is onbetrouwbaar of onjuist.
- Gezondheidszorgmedewerkers moeten zich bewust zijn van het feit dat de meerderheid van personen met dementie (inclusief vergevorderde dementie) nog steeds voor zichzelf kan spreken, vaak beter dan verwacht. Het is ook belangrijk dat de gezondheidszorgmedewerkers de welbedoelde informatie van mantelzorgers/familie/vrienden van de persoon met dementie, ook onjuist of vooringenomen is, vooral als er sprake is van sterke emoties. Vaak zijn dan de ervaringen en percepties van de persoon met dementie het belangrijkste om uit te zoeken.
- Personen met dementie moeten hun positieve ervaringen kunnen delen met andere personen met dementie die moeite hebben om om te gaan met hun dementie.
- Gezondheidszorgmedewerkers zouden familie en vrienden van de persoon met dementie moeten aanmoedigen om te reflecteren en discussiëren over negatieve ervaringen die uitgesproken worden door personen met dementie om zo het medeleven voor de personen te bevorderen [17].

Een andere studie kwam tot de conclusie dat het gebruik maken van een dagcentrum voor personen met dementie significant betere resultaten oplevert met betrekking tot de levenskwaliteit dan wanneer personen met dementie geen gebruik maken van een dagcentrum voor personen met dementie. Deze resultaten waren het meest uitgesproken bij personen met dementie met weinig tot geen besef hebben van hun geheugenverlies [18].

Uit de literatuur met betrekking tot welbevinden en veerkracht kan het volgende gemeld worden.

Lamond et al (2008) trachtte de **veerkracht** te meten en mogelijke voorspeller in kaart te brengen bij oudere vrouwen die nog thuis wonen met ondersteuning. De resultaten van dit onderzoek zijn niet unaniem: Er werd geen overtuigend bewijs gevonden dat veerkracht een belangrijke factor is in het verouderingsproces aangezien het aanvaarden van het ouder worden een zeer bepalende factor is, die

niet gemeten werd [19]. In recenter onderzoek is echter te vinden dat probleem- en emotiegestuurde copingstrategieën complementaire strategieën zijn waarbij sociale steun van de omgeving (eventueel mantelzorger, zorgverlener, etc.) een belangrijke factor is. Volgens Tomas et al (2012) zijn deze niet van grote invloed op het welbevinden maar wel op de veerkracht van ouderen [20]. Een ander, nog recenter onderzoek, toont echter aan dat aanpasbare interventies die inspelen op het genieten van positieve ervaringen en stimuleren van positieve emoties, zowel het welbevinden als de veerkracht die nodig is om levensstressoren het hoofd te bieden, kunnen verbeteren [21].

Een andere studie identificeerde 8 factoren onder 3 thema's die geassocieerd worden met veerkracht: thema 1 is "actief en doelgericht leven" met de factoren "participatie", "fysieke activiteit" en "sociale interactie". Thema 2 is "perspectief" met de factoren "attitude/aanvaarding" en "openheid". Het 3^{de} thema is "bronnen" met de factoren "educatie", "ondersteuning" en "strategieën" [22]. Belangrijk in deze studie is dat gezondheidszorgmedewerkers deze thema's en factoren erkennen en zodoende ondersteuning bieden aan de continuïteit tussen het leven voor én na dementie. Verder kunnen deze factoren ook gebruikt worden om positieve aanpassingen te bevorderen bij personen met dementie en hun mantelzorgers [22].

Met betrekking tot **welbevinden** werd nog een specifiek onderzoek gevonden van Moore et al (2015). Zij onderzochten de complexe verhouding tussen gezondheid en succesvol ouder worden, waarbij specifiek gekeken werd naar de rol van gepercipieerde stress, veerkracht en sociale steun. Moore et al (2015) concludeerden dat interventies die werken rond het verminderen van gepercipieerde stress kunnen helpen om de relatie te verbreken tussen de "beperking" en slecht welbevinden bij ouderen. De impact van deze interventies is afhankelijk van psychologische aspecten (vb. veerkracht) voor mentale gezondheidsproblematieken en externe aspecten (e.g. sociale steun) voor fysieke gezondheidsklachten. De complexiteit tussen al deze factoren is belangrijk om mee te nemen in elke vorm van klinische setting [23].

Als laatste werd nog een artikel gevonden dat ingaat op de **relatie van draaglast met welbevinden van de mantelzorger/zorgverlener**. Uit dit onderzoek blijkt dat een hogere draaglast bij de mantelzorger gepaard gaat met een hoger niveau van depressie-gerelateerde emoties, lagere levenstevredenheid en lagere veerkracht. Het niveau van draaglast heeft echter geen invloed op het eigen gepercipieerde welbevinden van de mantelzorger en ook niet op de sociale steun die hij/zij geeft aan de oudere. De mate van levenstevredenheid van de mantelzorger is echter wel een goede voorspeller voor de gepercipieerde last die ervaren wordt door mantelzorgers [24].

Mantelzorgers ervaren ook een complexe rol omdat er extra verantwoordelijkheden bij komen, nieuwe taken, en emotionele en relationele uitdagingen [25]. Dagcentra kunnen mantelzorgers ontlasten omdat zij inspelen op de noden van personen met dementie inzake sociale relaties, voeding, fysieke activiteiten, structuur en afwisseling in het dagelijks leven. Zij geven verder de mantelzorgers ook een gevoel van vrijheid en bijkomende tijd om hun eigen noden te vervullen, sociaal te zijn, te werken en/of praktische taken ongestoord uit te voeren [25].

In de literatuur werd ook gevonden dat zowel mantelzorgers als cliënten **tevreden** zijn over **dag(verzorgings)centra**. Zo zijn gebruikers van dagcentra tevreden met de aanbidding van betekenisvolle activiteiten, het feit dat mensen buiten komen (uit huis zijn), het centra ervoor zorgt dat sociale relaties versterkt worden en de ondersteuning van goed personeel om zo een positieve en gastvrije sfeer te creëren [3]. Gespecialiseerde dagcentra voor personen met dementie lijken belangrijke ondersteuning te bieden voor personen met dementie, en verademing en geruststelling aan hun mantelzorgers [3, 25].

Tijdens het 2^{de} projectjaar werd ook de problematiek van de ruimtelijke omgeving meegenomen. Een samenwerking werd geïnitieerd met de studenten van interieurarchitectuur. Jammer genoeg is de terugkoppeling van de studenten interieurarchitectuur nooit gebeurd naar het DVC toe, maar ook niet naar het UD Woonlabo toe (die de studenten ook onder hun hoede had genomen) of naar de projectonderzoekers toe. Vanuit de literatuurstudie van studenten ergotherapie werd wel een artikel gevonden met een onderzoek rond de architecturale beïnvloedende factoren naar het huiselijk gevoel dat een verzorgingstehuis kan uitstralen [26]. Uit dit artikel kan niet alle informatie toegepast worden binnen een dagverzorgingscentrum aangezien het dagverzorgingscentrum toch een ander doel beoogt dan een woon-zorgcentrum. Het artikel geeft echter wel 5 belangrijke factoren aan die ervoor zorgen dat men een huiselijk gevoel kan creëren:

- Private ruimte: biedt de mogelijkheid om even alleen te zijn, de wens voor privacy, eigen omgeving kunnen creëren. Men vindt het echter ook belangrijk om deel te kunnen nemen aan huiselijke taken, dit kan zowel in de private ruimte als in de publieke ruimte.
- Publieke ruimte: biedt de mogelijkheid om sociale interactie aan te gaan met anderen. De inkleding van de publieke ruimte zou zo huiselijk mogelijk moeten zijn en allesbehalve een “wachtruimte gevoel” moeten creëren.
- Persoonlijke bezittingen: de mogelijkheid om persoonlijke items ergens neer te zetten, te plaatsen, geeft een gevoel van huiselijkheid. Deze items kunnen verder ook helpen om gehecht te geraken aan een plaats/ruimte en/of een gevoel van gerustheid scheppen.
- Uitstraling en gevoel: “look and feel” van een ruimte is gerelateerd aan de architectuur, het interieurdesign, en de algemene voorzieningen. Het gebouw zou “homey” moeten zijn (huiselijk moeten aanvoelen, opgesteld zijn als een echte woning), georganiseerd en uitnodigend voor bezoekers (in een dagzorgcentrum zowel de cliënten als de mantelzorgers).
- Buitenshuis en locatie: hierbij wordt dus zowel de nabije omgeving van het gebouw bedoelt als de verdere omgeving (locatie) van het gebouw. Indien het gebouw in een buurt, dorp of stad ligt waar de cliënt is opgegroeid, dan heeft dit natuurlijk de voorkeur. Indien de cliënt onbekend is met de verre als nabije omgeving, dan kan dit voor een gevoel van ongerustheid zorgen hetgeen het huiselijk gevoel niet stimuleert. Buiten dient er een ruim ruimtelijk gevoel gecreëerd te worden door openheid en met zorg gekozen tuindesigns te werken. Zo zijn hoge afgesloten poorten, betonnen blokken ter afsluiting, afwezigheid van een tuin, etc. niet stimulerend voor een huiselijk gevoel en zorgen ze zelfs voor ontevredenheid bij zowel de cliënten als mantelzorgers/bezoekers. Er dient een veilige omgeving gecreëerd te worden opdat mensen vanuit de instelling op een veilige manier de mogelijkheid hebben om naar buiten te gaan [26].

Zoals eerder vermeld werden **2 reviews** gevonden. Het eerste review [27] geeft aan dat er verschillen zijn tussen een gespecialiseerde special care unit en een traditionele zorgsetting. De resultaten zijn echter niet unaniem omdat er vanuit de verschillende studies, verschillende doelgroepen (i.e. verschil in cognitief functioneren en fysiek functioneren) onderzocht worden, alsook verschillende uitkomstmaten gebruikt worden, hetgeen een vergelijking bemoeilijkt. Waar men wel duidelijk resultaat ziet, is dat er in kleinschalige, huiselijke gespecialiseerde centra, meer sociale relaties en interacties te merken zijn in vergelijking met een traditionele zorgsetting [27].

Het tweede review betreft een overzicht van verschillende uitkomstmaten inzake levenskwaliteit voor gebruik bij verpleeg- en verzorgingshuizen. Uit dit review komt duidelijk naar voren dat de Qualidem een geschikt instrument is omwille van de goede psychometrische eigenschappen, een duidelijk doel en dit instrument neemt het domein ‘iets te doen hebben’ mee [1].

In de literatuur werden ook aanbevelingen gedaan naar de toekomst van dag(verzorgings)centra toe. Zo zou een meer geïndividualiseerd programma, naast flexibele openingsuren, dag(verzorgings)centra nog meer effectief maken als een ondersteunende dienst, hetgeen de motivatie en zorgmogelijkheden van de mantelzorgers zal verhogen. Bijgevolg zal het de nood voor woon-en zorgcentra of extra zorg aan huis, uitstellen [25].

Praktijkgericht onderzoek:

Hieronder worden diverse aspecten kort besproken: karakteristieken van deelnemende cliënten, resultaten van de Qualidem, resultaten van de tevredenheid van mantelzorgers, resultaten focusgroepinterviews personeel en resultaten van de vrije observaties door middel van video-opnames.

Bij de resultaten van de deelnemende cliënten wordt telkens gesproken van volgende groepen:

- Time 0 = meetmoment 1 = oktober-december 2016 = groep gemeten voor de verhuis
- Time 1 = meetmoment 2 = maart-juni 2017 = groep gemeten vlak na de verhuis
- Time 2 = meetmoment 3 = november-december 2017
- Time 3 = meetmoment 4 = april-juni 2018

Bij de resultaten van de deelnemende mantelzorgers wordt gesproken van volgende groepen:

- Time 0 = meetmoment 1 = februari 2017
- Time 1 = meetmoment 2 = juni-augustus 2017
- Time 2 = meetmoment 3 = juni-juli 2018

Bij de resultaten van het personeel wordt gesproken van volgende groepen:

- Time 0 = meetmoment 1 = december 2016
- Time 1 = meetmoment 2 = juni 2017
- Time 2 = meetmoment 3 = januari 2018
- Time 3 = meetmoment 4 = juni 2018

Karakteristieken van deelnemende cliënten

In tabel 3 zijn alle karakteristieken van de deelnemende cliënten terug te vinden.

Er namen tijdens de 4 meetmomenten, respectievelijk 34, 37, 43 en 38 personen deel aan het onderzoek. Achttien personen namen deel tijdens alle meetmomenten. De resultaten van deze personen wordt apart gerapporteerd onder de naam “selecte groep”.

In tabel 3 is duidelijk te zien dat er een verschuiving is in zowel de diagnose als de GDS schaal. Bij de diagnose zien we een grote verschuiving van “dementie” tijdens meting 1, naar “comorbiditeit” tijdens meting 4.

In de resultaten van de GDS schaal zien we een zeer opmerkelijke verschuiving van stadium 2-3 tijdens meetmoment 1, naar stadium 3-4 tijdens meetmoment 2, naar stadium 4-5 tijdens meetmoment 3 en 4. Stadium 2 zijn personen waarbij een zeer lichte cognitieve achteruitgang wordt waargenomen (leeftijdsgelateerde geheugenproblematiek). In stadium 3 werden de personen ondergebracht die lichte cognitieve achteruitgang vertonen (eerste zeer duidelijke tekenen van dementie). Stadium 4

beschrijft personen die een duidelijke lichte vorm van dementie hebben. Stadium 5 is dat personen niet langer zelfstandig kunnen functioneren en/of waarbij de persoon zich geen normaal bekende feiten meer kan herinneren. Vaak is er ook sprake van desoriëntatie in tijd en ruimte.

Levenskwaliteit cliënten

De levenskwaliteit van de cliënten werd in kaart gebracht door de observatieschaal “Qualidem” te gebruiken.

In tabel 4 werd de vergelijking gemaakt van de volledige groep tussen de verschillende meetmomenten. De cijfers die weergegeven zijn, zijn percentages. Hetzelfde werd gedaan in tabel 5 voor de selecte groep van 18 cliënten die over alle meetmomenten hebben deelgenomen.

De groene markeringen in beide tabellen, stellen de beste scores per subschaal voor.

- Voor verhuis

Uit de tabel is duidelijk af te leiden dat de Qualidem scores reeds hoog waren voor de verhuis: 5 van de 10 subschalen scoorden boven de 80%, 4 subschalen scoorden tussen 65% en 80%. De enigste subschaal die laag scoorde, was de subschaal “Iets om handen hebben”. Binnen deze subschaal horen 2 vragen: “Heeft bezigheden zonder hulp van anderen” en “Helpt graag mee met karweitjes op de afdeling”.

- Na verhuis

Na de verhuis (time 1, meetmoment 2) scoren 9 van de 10 subschalen boven de 80% en enkel de subschaal “Iets om handen hebben” scoort lager. Echter, het percentage van deze subschaal is verdubbeld ten opzichte van de afnames voor de verhuis. Op meetmoment 3 (time 2) zien we in enkele subschalen een lichte daling, maar in 2 subschalen “Sociale relaties” en “zich thuis voelen” worden de beste scores genoteerd. Voor het laatste meetmoment zijn dit 3 subschalen, namelijk “Positief affect”, “Positief zelfbeeld” en “Iets om handen hebben”.

- Vergelijking

Er werd een vergelijking gemaakt tussen de volledige groep over de volledige loopperiode van het project (2 jaar, 4 meetmomenten). Voor de selecte groep van 18 personen die deelnamen tijdens alle meetmomenten, werd een statistische test gebruikt (repeated measures ANOVA) om de verschillen over de volledige looptijd van het project na te gaan. Voor verklaringen van statistische termen verwijzen we graag naar Appendix 1.

Vanuit de vergelijking van de volledige groep kan geconcludeerd worden dat het welbevinden van de cliënten van in het begin van het onderzoek, reeds hoog waren (minimum 65%). Echter, 1 aspect van de Qualidem scoorde zeer laag, namelijk “Iets om handen hebben” met een score van slechts 17,67%. Deze score verdubbeld echter in meetmoment 2 (Time 1) en stijgt gelijkaardig richting meetmoment 3 (time 2). Er is nog een lichte stijging waargenomen tussen meetmoment 3 en 4 (time 3).

Uit de statistische testen uitgevoerd op de 18 personen die tijdens alle meetmomenten in kaart werden gebracht, blijkt dat er een significant verschil (p -waarde $< .05$) is op 6 van de 10 subschalen. Er is dus een statistisch significante verbetering gevonden op de volgende subschalen:

- Positief affect
- Rusteloos gespannen gedrag
- Sociale relaties
- Sociaal isolement
- Iets om handen hebben
- Overige vragen (i.d. “wil niet eten”, “geniet van de maaltijd” en “wil graag (in bed liggen)”)

Tabel 3 Karakteristieken van de deelnemende cliënten

Karakteristieken				
	Time 1 (n=34)	Time 2 (n=37)	Time 3 (n=43)	Time 4 (n=38)
Geslacht (m/v)	17/17	20/17	23/20	18/20
Leeftijd (gem. ± SD)	79,76 ± 7,13	80,11 ± 7,84	79,98 ± 7,33	80,03 ± 7,16
Burgerlijke staat				
Getrouwd	21	23	28	27
Gescheiden	1	1	0	1
Weduwe/-naar	8	9	11	7
Ander	4	4	4	3
Diagnose				
Geen	6	6	7	5
Dementie	11	14	27	6
Vasculaire dementie	1	2	7	0
Alzheimer dementie	4	11	2	8
Frontotemporale dementie	0	0	0	2
Comorbiditeit	6	0	0	13
Andere	6	4	0	4
Thuisituatie				
Thuiswonend alleen	7	8	7	8
Thuiswonend met partner	21	23	27	25
Inwonend bij kinderen	4	2	7	3
Andere	2	4	2	2
GDS				
Stadium 1	1	0	0	0
Stadium 2	11	2	3	2
Stadium 3	9	12	7	3
Stadium 4	4	11	8	11
Stadium 5	6	8	15	10
Stadium 6	3	4	10	12
Stadium 7	0	0	0	0
Katz (gem. ± SD)	17,09 ± 4,05	17,86 ± 4,09	18,82 ± 4,35	19,11 ± 4,76

n = aantal deelnemers; *m* = mannelijk, *v* = vrouwelijk; *gem* = gemiddelde; *SD* = standaard deviatie (uitleg standaard deviatie kan gevonden worden in appendix 1).

Tabel 4 Scores Qualidem volledige groepen

Qualidem (%) - totale groep				
	Time 0 (n = 34)	Time 1 (n = 37)	Time 2 (n = 43)	Time 3 (n = 38)
Zorgrelatie	86,95	95,24	90,81	89,62
Positief affect	65,67	88,89	92,61	93,56
Negatief affect	84,00	95,22	87,89	90,11
Rusteloos gespannen gedrag	72,56	85,00	66,89	74,56
Positief zelfbeeld	90,22	93,67	91,00	94,44
Sociale relaties	68,00	80,78	89,67	89,06
Sociaal isolement	89,89	96,67	89,67	86,22
Zich thuis voelen	87,75	93,92	97,25	93,83
Iets om handen hebben	17,67	40,17	69,83	70,67
Overige vragen	69,56	95,78	95,11	95,00

Tabel 5 Scores Qualidem selecte groep

Qualidem (%) - selecte groep (n = 18)				
	Time 0	Time 1	Time 2	Time 3
Zorgrelatie	82,29	91,81	86,52	85,19
Positief affect*	68,22	86,72	92,89	92,61
Negatief affect	85,22	93,78	84,56	87,67
Rusteloos gespannen gedrag*	71,56	87,67	56,22	74,11
Positief zelfbeeld	90,78	97,56	86,44	92,00
Sociale relaties*	76,56	82,39	95,67	93,83
Sociaal isolement*	91,33	93,78	84,56	81,44
Zich thuis voelen	85,67	91,67	98,17	91,67
Iets om handen hebben*	21,33	38,00	76,83	73,17
Overige vragen*	66,00	92,56	95,67	93,22

Tevredenheid mantelzorgers

De tevredenheid van de mantelzorgers werd nagegaan door middel van een telefonisch interview. Tijdens dit interview werden vragen gesteld over het functioneren van hun familielid, over hun eigen competentiegevoel (aan de hand van de Sense of Competence Questionnaire) en in welke mate men tevreden is over het DVC.

Hieronder worden eerst de resultaten beschreven van de situatie voor de verhuis (meetmoment 1), vervolgens de resultaten na de verhuis (meetmoment 2 t/m 4).

- Meetmoment 1 (Voor verhuis)

In totaal konden 33 personen gecontacteerd worden, maar 4 personen konden na minimum 4 pogingen niet bereikt worden.

Voor tevredenheid werden dus 29 bevestigingen afgerond waarbij men onder andere feedback gaf over de vervoersregeling en de betrokkenheid van en naar het DVC. Voor het functioneren van de cliënt in de thuissituatie konden slechts 26 bevestigingen ingevuld worden. Redenen waarom er 3 bevestigingen niet ingevuld konden worden, waren: de persoon zelf was aan de lijn en de mantelzorgers wilde niet aan de lijn komen, de persoon bevindt zich niet in een eigen thuissituatie, en de mantelzorgers wilde niet over het functioneren van de persoon praten enkel over het DVC.

Wat betreft de **tevredenheid** over de **vervoersregeling** zijn mantelzorgers zeer duidelijk: men is tevreden over het vervoer voor de verhuis. De mantelzorgers waren echter wel bezorgd over de nieuwe regeling die er zal komen na de verhuis. Enkele opmerkingen die regelmatig terug kwamen zijn: “Het is verder weg, dus vanaf nu ga ik X (de persoon in kwestie) met het busje moeten laten gaan”, “Het is veel te vroeg ’s morgens. Hopelijk lukt het met het klaarmaken”, etc. Eén persoon gaf de opmerking dat hij/zij de persoon zelf zou willen gaan halen af en toe, zonder lang op voorhand iets te laten weten. Volgens hem/haar zou dat moeilijk te organiseren zijn na de verhuis. Dit werd teruggekoppeld aan de coördinator en blijkt dat dit toch mogelijk is, net zoals vroeger. Tijdens de interviews met de mantelzorgers, werd ook duidelijk dat er nog mensen zijn die blijkbaar wel reeds voor de verhuis gebruik maakten van het busvervoer, maar geen zogenaamd “heen-en-weerboekje” hadden. Dit is volgens de coördinator en de recentere interviews reeds opgelost: iedereen ontvangt nu een heen-en-weerboekje. De grootste bezorgdheid met betrekking tot de nieuwe regeling van het busvervoer, was het aanvragen van de dienstencheques. Van de gecontacteerden was er niemand die dit ooit gedaan had. Wanneer de partners geïnterviewd werden, haalden zij aan dat zij de kinderen hiervoor moesten inschakelen omdat ze zelf nauwelijks met een computer konden werken. En ook voor de kinderen was het niet altijd even duidelijk. Velen hebben dan ook contact opgenomen met het personeel van DVC zelf voor hulp bij het aanvragen van dienstencheques. Dit werd ook bevestigd door de coördinator van het DVC.

Over het algemeen gaven de mantelzorgers zeer positieve feedback over de **betrokkenheid en contactname** van het DVC naar hen toe. Zelf namen ze enkel contact op indien nodig. De personen die reeds het heen-en-weerboekje gebruiken, zijn zeer positief over het gebruik hiervan. En het blijkt zeer belangrijk voor hen te zijn dat dit boekje blijft bestaan.

Een **vraag vanuit de mantelzorgers** is om meer “ondersteunend advies” te ontvangen van het personeel van DVC naar hen toe. Zoals tips voor de thuissituatie. Mensen waarbij huisbezoeken zijn afgelegd, zijn hier zeer tevreden over en stelden het op prijs dat men de moeite deed om ook te thuissituatie te kennen. Vanuit de mantelzorgers werden ook voorstellen gedaan, zoals info-avonden of boekjes/flyers met specifieke thema’s en het afleggen van standaard huisbezoeken bij elke aanmelding en mogelijk wanneer er zich ernstige veranderingen/problemen voordoen. De mantelzorgers gaven wel toe dat het niet altijd evident is om na de kantooruren, wanneer ze zorg dragen voor hun familielid, nog naar een info-avond te gaan. Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn om dit tijdens de openingsuren van het DVC te doen, zodat men zeker is dat er opvang is voor de cliënt.

Om het **functioneren van de cliënt in de thuissituatie** in kaart te brengen, werd gebruik gemaakt van de vragen uit de “Sense of Competence Questionnaire (short form)” (vernooi-Dassen et al, 1999 + Moniz-Cook et al 2008). Hierbij wordt een score gegeven van 1-5 en hoe hoger de score, hoe beter de ervaren competentie door de mantelzorgers. In tabel 6 en 7 werden de verschillende scores per vraag weergegeven (zie volledige vragen in Appendix 2) voor zowel de volledige groep mantelzorgers (tabel 6) als voor de selectie van personen waarvan op alle tijdstippen gegevens konden verzameld worden (tabel 7). De rode cijfers, zijn de 3 laagste scores, die voor de verhuis nog net boven het gemiddelde

liggen van 2.5/5. Hieruit valt af te leiden dat de mantelzorgers over het algemeen zichzelf competent genoeg vinden om zorg te dragen voor de zorgvrager. Men heeft weinig problemen met het feit dat men minder privacy heeft dan vroeger, maar veel mantelzorgers hebben het moeilijk met “al dat geregeld” in combinatie met hun eigen gezin (i.e. “stress”). Ook de veranderde verstandhouding/relatie met de zorgvrager is voor de meeste mantelzorgers het moeilijkste aspect bij het zorg dragen voor hun familielid. Het “moeilijke gedrag” dat de meeste ouderen stellen, werd door de mantelzorgers vooral gezien als “hij/zij wil gewoon zijn zin krijgen” en niet zozeer om andere personen te ergeren of te manipuleren.

Als laatste werden 2 algemene vragen gesteld omtrent **de tevredenheid ten opzicht van het DVC** zelf. Namelijk, “Welk cijfer zou u het DVC geven voor de tot nu toe verleende zorg, als 0 gelijk is aan het slechts mogelijke en 10 gelijk is aan het best mogelijke DVC?” en “Zou u het DVC aanbevelen aan uw vrienden en familie?”. Bij deze laatste werden de antwoorden omgezet naar cijfers: zeker niet = 0, waarschijnlijk niet = 1, waarschijnlijk wel = 2, zeker wel = 3. Op beide vragen scoorden de mantelzorgers zeer hoog (zie tabel 8 en 9). Op de eerste vraag werd een gemiddelde gevonden van 8.48/10 en op de 2^{de} vraag 2.97/3. De mantelzorgers zijn dus zeer tevreden over de werking en de zorg die door het personeel van DVC wordt verleend en men zou het DVC zeker aanraden bij familie/vrienden die in gelijkaardige situatie verkeren.

- Meetmoment 2 (kort na verhuis)

In totaal konden 46 personen gecontacteerd worden, maar 12 personen konden na minimum 4 pogingen niet bereikt worden.

Voor de tevredenheid werden dus 34 bevestigingen afgerond waarbij men onder andere feedback gaf over de verhuis zelf, de eventuele nieuwe vervoersregeling en de betrokkenheid van en naar het DVC.

Wat betreft de **vervoersregeling**, zijn de meningen van de mantelzorgers verdeeld. De meerderheid is nog steeds tevreden over het vervoer zelf, de uurregeling en de begeleiding. De minderheid kan er geen uitspraak over doen omdat men niet inwoont bij de cliënt en dus geen of weinig zicht heeft op het vervoer. Een kleine groep van mensen die wel op de hoogte is, is vooral ontevreden over de uurregeling. Men begrijpt dat het niet altijd eenvoudig is, en dat het inderdaad het eerlijkste is om degene die 's morgens het eerste opgehaald worden, ook 's avonds als eerste afgezet worden (en omgekeerd). Voor velen is ofwel het uur te vroeg, omdat men nu minder tijd heeft om de cliënt te verzorgen in de ochtend. Ook gaf deze groep te kennen dat het in het begin zeer hectisch was omdat men nooit op hetzelfde of afgesproken tijdstip arriveerde. Hier wordt echter veel begrip voor getoond en men hoopt dat alles in de toekomst (over enkele maanden) “in zijn plooi valt”. Men zal dan ook gewend zijn aan de nieuwe routine. Opvallend is wel dat, ondanks deze meer negatievere feedback, men wel ontzettend tevreden is over de facturatie van de vervoersregeling. De nieuwe facturatie is blijkbaar veel overzichtelijker dan voor de verhuis. De dienstencheques blijven echter een bezorgdheid, vooral de (schoon-)kinderen van cliënten spreken zich hierover uit. De bezorgdheid blijft dat zij dit voornamelijk moeten doen en dat het niet eenvoudig is om dit over te laten aan de partner aangezien deze vaak geen kennis heeft van computers en/of online bestellingen. Men geeft verder wel aan dat, na contact met het DVC zelf hierover, er meer duidelijkheid is en eens men het een paar keren gedaan heeft, het inderdaad goed gaat.

Wat zeker een extra vermelding waard is, is dat men tevreden is over het **heen-en-weer-boekje**. De mantelzorgers zijn blij om te vernemen welke activiteiten en eventueel welke maaltijd hun familielid

heeft gedaan/genuttigd. Vaak is het een middel om een gesprek aan te gaan met het familielid. Hier en daar zijn er kleine opmerkingen zoals “ik wist niet dat ik er ook iets in mocht schrijven”, “mijn zus (inwonend mantelzorger) mag er niet in kijken”, en “het lijkt allemaal standaard ingevuld en niet individueel op (cliënt)”. Dit zijn enkele aspecten die zeker meegenomen dienen te worden naar de toekomst toe. Na contact met de coördinator van het DVC blijkt inderdaad dat men zelf ook op zoek is naar een betere invulling van het heen-en-weerboekje. Het neemt namelijk veel tijd in beslag voor het personeel, maar men wil hier wel op blijven inzetten aangezien het toch wel een belangrijke communicatievorm blijkt te zijn.

Omdat de mantelzorgers voor de verhuis aangaven dat men meer “ondersteunend” advies wilde ontvangen van het personeel van DVC, werd ditmaal de vraag gesteld of men zou openstaan voor een **groepsmoment** met het personeel om over divers situaties (zoals thuisituaties) te praten alsook een ontmoeting met andere mantelzorgers. Slechts 11 (van 34) personen vonden het een goed idee om met het personeel samen te zitten. Van degene die hier nu “neen” op antwoordde, kwam vaak het antwoord “misschien in de toekomst”. Ook contact met andere mantelzorgers, reageerden slechts 10 personen positief. Ook hier kwam vaak het antwoord “misschien in de toekomst”. Eén persoon gaf aan er misschien wel voor open te staan, maar dat het afhankelijk was van zijn/haar agenda en het thema van de bijeenkomst. Thema’s die aan bod kwamen, waren onder andere mogelijke financiële tegemoetkomingen en praktische oplossingen zoals toiletbezoek.

Net zoals voor de verhuis werd voor het **functioneren van de cliënt in de thuisituatie**, gebruik gemaakt van de “Sense of Competence (short form)” (Vernooij-Dassen et al, 1999; Moniz-Cook et al 2008). In tabel 6 en 7 werden alle scores per vraag weergegeven. Uit de tabel is af te leiden dat na de verhuis de scores lichtjes gedaald zijn met betrekking tot de eerste 4 vragen, en lichtjes gestegen zijn met betrekking tot de laatste 3 vragen. Er werd statistisch geen significant verschil gevonden, niet binnen de volledige groep als niet binnen de selectie van personen die betrokken waren bij beide bevragingen.

Opvallend is wel dat de vragen omtrent stress en verstandhouding steeds de laagste scores hebben. Dit duidt er op dat de mantelzorgers zich toch gestresseerd voelen om het familielid tevreden te stellen en tegelijkertijd ook zijn/haar eigen familiale verantwoordelijkheden op te nemen. Verder duiden deze scores er ook op dat de mantelzorgers liever een betere relatie/verstandhouding zouden hebben met hun familielid.

Tabel 6 Scores Sense of Competence Questionnaire (alle mantelzorgers)

Sense of Competence Questionnaire (1-5)			
	Time 0	Time 1	Time 2
n	26	34	26
Privacy	3,19	2,59	3,04
Stress	2,69	2,38	2,81
Verstandhouding	2,56	2,47	2,54
Gespannen	3,04	2,91	3,15
Zin krijgen	2,73	2,94	3,31
Ergeren	3,31	3,74	3,96
Manipulatie	3,23	3,65	3,96

Tabel 7 Scores Sence of Competence Questionnaire (selecte groep)

Sense of Competence Questionnaire (1-5) - Selecte groep			
	Time 0	Time 1	Time 2
n	10	10	10
Privacy	3,60	3,50	3,50
Stress	3,00	2,60	2,60
Verstandhouding	2,67	2,50	2,50
Gespannen	3,00	2,80	2,80
Zin krijgen	2,80	2,90	2,90
Ergeren	3,20	3,90	3,90
Manipulatie	3,30	3,80	3,80

Ook nu werden ter afsluiting dezelfde 2 algemene vragen gesteld omtrent de tevredenheid ten opzichte van het DVC zelf als voor de verhuis. De vragen waren “Welk cijfer zou u het DVC geven voor de tot nu toe verleende zorg, als 0 gelijk is aan het slechts mogelijke en 10 gelijk is aan het best mogelijke DVC?” en “Zou u het DVC aanbevelen aan uw vrienden en familie?”. Bij deze laatste werden ook nu de antwoorden omgezet naar cijfers: zeker niet = 0, waarschijnlijk niet = 1, waarschijnlijk wel = 2, zeker wel = 3. Ook nu scoorden de mantelzorgers op beide vragen zeer hoog (zie tabel 8 en 9 voor alle scores). Alle scores rond tevredenheid van het DVC en de verleende zorg liggen rond 8.5/10. Over de algemene groep (tabel 8) ligt de score na verhuis hoger dan na de verhuis, enkel binnen de selecte groep die aan beide vragenronden mee deed (tabel 9), ligt de score net iets lager. Het is niet duidelijk waaraan dit verschil te merken valt. We hebben gekeken naar de meest opvallende verschillen (i.e. mantelzorgers die -2 of +2 scoorden ten opzichte van voor verhuis). Dit waren 4 personen waarvan 2 personen -2 scoorden en 2 personen +2. De 2 personen die minder scoorden gaven als feedback aan dat er inderdaad meer aangepaste activiteiten aangeboden worden, maar ook dat het minder huiselijk en gezellig is. Verder ook dat de regeling met de dienstencheques veel moeilijker is dan vroeger, men wel openstaat voor momenten met personeel en/of andere mantelzorgers maar de confrontatie vaak te groot is, er meer persoonlijke communicatie mag gebeuren en de uurregeling van het busvervoer vaak hectisch is (hetgeen vroeger beter was). De personen die hoger scoorden, geven als feedback dat ze het gevoel hebben dat hun familielid nu rustiger is (en dat men daardoor zelf ook eens op bezoek wenst te komen om het personeel aan het werk te zien met hun familielid), alsook dat men een professionelere aanpak bemerkt in het algemeen.

Met betrekking tot het aanbevelen van het DVC aan anderen, zien we eenzelfde trend als de eerste algemene vraag: de scores na de verhuis zijn lichtjes gedaald. Reden hiervoor zijn 2 personen die bij deze bevraging een “waarschijnlijk wel” aangaven in plaats van “zeker wel”. De redenen hiervoor zijn enerzijds de ligging, hetgeen verder uit de stad is en dus moeilijker te bereiken. Anderzijds geeft men aan dat men het jammer vindt dat het heen-en-weerboekje minder persoonlijk is.

Tabel 8 Scores algemene vragen omtrent tevredenheid DVC en aanbeveling aan anderen (volledige groep)

Tevredenheid			
	Time 0	Time 1	Time 2
n	29	34	26
Verleende zorg (/10)	8,48	8,59	8,54
Aanbeveling (/3)	2,97	2,91	2,96

Tabel 9 Scores algemene vragen omtrent tevredenheid DVC en aanbeveling aan anderen (selecte groep)

Tevredenheid - selecte groep			
	Time 0	Time 1	Time 2
n	10	10	10
Verleende zorg (/10)	8,45	8,28	8,33
Aanbeveling (/3)	2,90	2,70	2,90

Er werden ook nog enkele **aanbevelingen** gedaan vanuit de mantelzorgers. Deze zijn onder andere dat er misschien in plaats van een overlegmoment/praatmoment een activiteit samen met de familie gedaan kan worden. Zoals bijvoorbeeld 1x/week samen een stuk taart eten, kienen, etc. maar met een beperkt aantal mantelzorgers (bijvoorbeeld 1 mantelzorger van 2 cliënten). Men vraagt ook naar de mogelijkheid om meer buitenactiviteiten te doen en/of met huisdieren te werken zoals konijnen of kippen.

Aangezien de onderzoekers de volledige anonimiteit van de deelnemers willen waarborgen, werden specifieke aanbevelingen en/of opmerkingen rechtstreeks gecommuniceerd met de coördinator. Dit enkel indien de mantelzorgers vragende partij waren om informatie over te dragen aan het personeel.

- Meetmoment 3 (1 jaar na verhuis)

In totaal konden 37 personen gecontacteerd worden, maar 11 personen konden na minimum 4 pogingen niet bereikt worden.

Voor de tevredenheid werden dus 26 bevestigingen afgerond waarbij men onder andere feedback gaf over de vervoersregeling, het gebruik van het heen-en-weerboekje en de betrokkenheid van en naar het DVC.

Wat betreft de **vervoersregeling**, zijn de meningen van de mantelzorgers meer gelijk dan bij de vorige bevestiging. De meerderheid is namelijk nog steeds tevreden over het vervoer zelf, de uurregeling en de begeleiding. Vijf personen gaven expliciet aan dat de vervoersregeling in de eerste maanden na de verhuis moeilijk was: men moest wennen aan de nieuwe routine, de nieuwe uren, en dergelijke. Maar zoals men ook vlak na de verhuis aan gaf, is alles nu goed geregeld en is "alles in zijn plooi gevallen". Er is één persoon echter die nog moeite heeft met de vervoersregeling, voornamelijk door het feit dat bepaalde uren worden doorgegeven, maar deze uren bijna nooit gehaald worden. Vaak is men 's morgens veel vroeger dan afgesproken (20-30min) alsook 's avonds (tot 30min te vroeg). Deze persoon begrijpt natuurlijk dat het verkeer moeilijk te voorspellen is en dat soms mensen afzeggen om naar het DVC te gaan. Maar een verschil van 20-30 min te vroeg, is vaak vervelend aangezien de cliënt dan vaak nog niet klaar is.

De dienstencheques blijven net als bij de vorige bevestiging een bezorgdheid, vooral de (schoon-)kinderen van cliënten spreken zich hierover uit. De bezorgdheid blijft dat zij dit voornamelijk moeten doen en dat het niet eenvoudig is om dit over te laten aan de partner aangezien deze vaak geen kennis heeft van computers en/of online bestellingen.

Tijdens deze laatste bevestiging werd door het DVC zelf voorgesteld om dieper in te gaan op het gebruik van het **heen-en-weer-boekje**. Het personeel heeft namelijk de perceptie dat het heen-en-weerboekje

nauwelijks gebruikt wordt. En voor hen is het opstellen van een heen-en-weerboekje een zeer tijdrovende dagtaak.

Het blijkt echter dat de meerderheid van de mantelzorgers het boekje effectief leest. Men is blij te vernemen aan welke activiteiten hun familielid meedoet. Pas na aandringen wordt duidelijk waarom men niet zelf gebruik maakt van het boekje. De helft van de ondervraagden vindt het prima zoals het nu is: zij lezen het en als er iets is, nemen ze vaak zelf de telefoon op. Heel af en toe schrijft men er een praktische boodschap in. Deze mensen gaven vaak aan dat “geen nieuws, goed nieuws” hun motto is. De andere helft vindt het nogal onpersoonlijk: er staat wel in beschreven aan welke activiteiten de cliënt mee doet, maar niet hoe deze tijdens de activiteiten reageert. Is hij/zij actief betrokken bij de activiteiten, eerder passief? Verteld hij/zij veel tijdens de activiteiten? Staat hij/zij regelmatig recht tijdens het eten? Etc. Men begrijpt wel dat het veel werk is om voor iedereen dit dagelijks in te vullen. Echte voorstellen kon men ook niet formuleren, op 1 persoon na. Deze persoon stelde voor om 1x/week het boekje in te vullen: bijvoorbeeld op maandag komt persoon A en B, maar op dinsdag komt enkel persoon B. Dan kan het boekje van persoon A reeds op maandag ingevuld worden met persoonlijke opmerkingen (van de afgelopen week bijvoorbeeld) en het boekje van persoon B op dinsdag. Op die manier kan er misschien gekomen worden tot een verdeling over de week waarbij er 1x/week iets meer persoonlijke informatie in het boekje geschreven wordt.

Slechts 2 mensen gebruiken het helemaal niet: 1 persoon omdat de cliënt zelf niet wil dat het boekje gelezen wordt door de mantelzorger (de mantelzorger kijkt er soms stiekem in, maar kan er zelf niets in schrijven). De andere persoon heeft voornamelijk telefonisch contact met het familielid omwille van de verre woonafstand. Hierdoor is deze persoon ook niet fysiek in staat om het boekje ter handen te nemen. Wanneer er echter een bezoek gebracht wordt, wordt het boekje wel gelezen.

Het boekje blijft wel één van de belangrijkste communicatievormen die momenteel ter beschikking zijn.

Net zoals voor de verhuis werd voor het **functioneren van de cliënt in de thuissituatie**, gebruik gemaakt van de “Sense of Competence (short form)” (Vernooij-Dassen et al, 1999; Moniz-Cook et al 2008). In tabel 6 en tabel 7 werden alle scores per vraag weergegeven. Uit de tabel met de volledige groep (tabel 6) is af te leiden dat vlak na de verhuis de scores lichtjes gedaald zijn met betrekking tot de eerste 4 vragen, en lichtjes gestegen zijn met betrekking tot de laatste 3 vragen. Er werd statistisch geen significant verschil gevonden tussen deze 2 meetmomenten. Tijdens het laatste meetmoment (time 2) zijn de scores ofwel gestegen ofwel gelijk gebleven. Het feit dat de scores stijgen is een goed teken aangezien in de Sense of Competence een hogere score betekend dat de mantelzorgers beter kunnen omgaan met hun rol als mantelzorger.

Bij de scores van de selectie groep (tabel 7) met enkele de mantelzorgers die op alle 3 de meetmomenten bereikt konden worden, zien we een lichtjes ander beeld naar voren komen. Er is namelijk geen enkele vraag op geen enkel meetmoment, die lager scoort dan het gemiddelde van 2.5/5.

Opvallend is wel dat in beide groepen de vragen omtrent stress en verstandhouding vaak de laagste scores hebben. Vooral tijdens meetmoment 2 is dit heel duidelijk aangezien dit de enigste 2 vragen zijn waarop de score onder het gemiddelde van 2.5/5 ligt (zie rode markeringen in tabel 6). Dit duidt er op dat de mantelzorgers zich toch gestresseerd voelen om het familielid tevreden te stellen en tegelijkertijd ook zijn/haar eigen familiale verantwoordelijkheden op te nemen. Verder duiden deze scores er ook op dat de mantelzorgers liever een betere relatie/verstandhouding zouden hebben met hun familielid. Men heeft het vaak moeilijk met het feit dat de rollen omgekeerd zijn: vroeger zorgde de cliënt voor de kinderen of had men een gelijkwaardige partnerrelatie, terwijl nu 1 persoon de zorg

op zich neemt voor de andere.

Ook nu werden ter afsluiting dezelfde 2 algemene vragen gesteld omtrent de tevredenheid ten opzichte van het DVC zelf als voor de verhuis. De vragen waren “Welk cijfer zou u het DVC geven voor de tot nu toe verleende zorg, als 0 gelijk is aan het slechts mogelijke en 10 gelijk is aan het best mogelijke DVC?” en “Zou u het DVC aanbevelen aan uw vrienden en familie?”. Bij deze laatste werden ook nu de antwoorden omgezet naar cijfers: zeker niet = 0, waarschijnlijk niet = 1, waarschijnlijk wel = 2, zeker wel = 3.

Ook nu scoorden de mantelzorgers op beide vragen zeer hoog (zie tabel 8 en 9 voor alle scores van alle meetmomenten). Alle scores rond tevredenheid van het DVC en de verleende zorg liggen tussen 8.2/10 en 8.6/10. De volledige groepen mantelzorgers (tabel 8) toont lichtjes hogere scores na de verhuis dan de selecte groep van mantelzorgers (zie tabel 9). Het is geen statistisch significant verschil, zowel niet tussen de 2 groepen (volledige groep en selecte groep) alsook niet tussen de verschillende meetmomenten binnen de selecte groep van mantelzorgers. Er kan geen duidelijkheid geschept worden waaraan dit verschil te danken is. De mantelzorgers geven soms 0.5 of 1 punt minder dan de vorige keer, zonder echte reden. In de selecte groep zijn er wel 2 personen die tussen meetmoment 1 en 3, 2 punten verschil aangaven. Eén van de personen gaf als verklaring dat het financieel toch niet altijd makkelijk is om te dragen: een DVC kost nu eenmaal veel geld en men krijgt nauwelijks iets terug van de mutualiteiten. Dit terwijl het beleid in Vlaanderen toch promoot om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. De andere persoon geeft aan dat het opmerkelijk is dat men probeert om meer en betere begeleiding te voorzien voor personen met cognitieve problemen, maar dat er toch veel minder persoonlijk contact is met de mantelzorgers omwille van de nieuwe vervoersregeling. De mantelzorgers die hoger scoorden, geven dezelfde feedback als tijdens meetmoment 2: men heeft het gevoel hebben dat hun familielid nu rustiger is (en dat men daardoor zelf ook eens op bezoek wenst te komen om het personeel aan het werk te zien met hun familielid), alsook dat men een professionelere aanpak bemerkt in het algemeen. Vier personen merken ook op dat het personeel blijft werken aan een goede samenwerking en een goede opvang voor “personen die wat extra nodig hebben”.

Met betrekking tot het aanbevelen van het DVC aan anderen (zie tabel 8 en 9), kan gesteld worden dat de scores vlak na de verhuis lichtjes dalen. Er is echter geen statistisch significant verschil gevonden. Maar dat de scores opnieuw stijgen naar de waarden van de eerste meting (time 0).

Tevredenheid en cliëntgerichte werking van personeel

- Voor de verhuis (1 focusgroep)

Uit het eerste focusgroepinterview met het personeel werden 6 thema's gehaald die betrekking hebben op een **cliëntgerichte werking**. Deze thema's zijn: benaderen van de persoon, betrekken van de persoon bij activiteiten of de dagelijkse werking, communicatie met de persoon, organisatie van de activiteiten, organisatie van de setting en betrokkenheid van de familie. Onder elk thema werden verschillende aspecten van dit thema geplaatst, zoals bijvoorbeeld een persoon aanspreken met de naam en oogcontact maken om zodoende de persoon te betrekken bij de activiteit. Een ander voorbeeld is de tafelschikking tijdens activiteiten om zoveel mogelijk de mensen langs voor te benaderen en zodoende oogcontact te kunnen maken om de persoon nog meer te betrekken bij de activiteit. Alle thema's en aspecten zijn terug te vinden in tabel 6.

Tabel 10 Thema's en aspecten van cliëntgerichte werking vanuit focusgroep

Benaderen	Betrekken	Communicatie	Organisatie activiteiten	Organisatie setting	Betrokkenheid familie
<ul style="list-style-type: none"> • Verbaal • Lichaamstaal • Fysiek • Langs voor • Gebruik voornaam/roepnaam 	<ul style="list-style-type: none"> • Oogcontact • Naam • Eenvoudige vragen • Duidelijke boodschap • Op ooghoogte • Ondersteunen en succes ervaren 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie ook "Betrekken" • Ik-boodschap • Positieve boodschap • Uitleggen wat je gaat doen • Fysiek contact 	<ul style="list-style-type: none"> • Aangepaste dagindeling • Keuzevrijheid • Afhankelijk van noden • U-vorm voor "betrekken" en "communicatie" • Praktisch, haalbaar, gewoonte, gezellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Meer complexiteit • Ervaring • Buikgevoel 	<ul style="list-style-type: none"> • Divers (2 groepen) • Dankbaarheid

Een tweede aspect dat bevraagd werd tijdens het focusgroepinterview met het personeel voor de verhuis, was de **tevredenheid** van het personeel zelf. Over het algemeen is men tevreden over het werken binnen het DVC. Het personeel zelf is zeker en vast overtuigd dat de opdeling in 2 centra zowel het personeel als de cliënten ten goede zal komen. Over de betrokkenheid van de familie was men tevreden over de eigen werking en inspanningen. Zo was er regelmatig telefonisch contact met de familie en werd veel gebruik gemaakt van het heen-en-weerboekje door het personeel. Het personeel uitte echter hun bezorgdheid of het heen-en-weerboekje wel gelezen werd door de familie/mantelzorger van de cliënt. Uit het telefonisch interview met de mantelzorger bleek dus duidelijk van wel. Het personeel uitte ook hun bezorgdheid over de betrokkenheid van de familie aangezien info-avonden weinig tot geen opkomst hebben. Hier is er dus een duidelijk discrepantie tussen de perceptie van het personeel en de mantelzorgers. Begrijpelijk is natuurlijk dat de mantelzorgers aangeven dat het niet altijd evident is om info-avonden bij te wonen wanneer men in principe zorg draagt voor de cliënt. Zoals eerder vermeld zou een info-moment gedurende de dag (dus wanneer de cliënt aanwezig is in het DVC) een oplossing kunnen zijn. Dit werd meegenomen tijdens de 2^{de} telefonische interviews met de mantelzorgers. Resultaten hiervan zullen, zoals reeds eerder vermeld, meegenomen worden in het volledige rapport in september.

Het personeel gaf ook enkele **noden** aan. Zo is men steeds op zoek naar meer mankracht, meer tijd om effectief met de cliënten bezig te zijn, meer kennis om een nog gespecialiseerdere, cliëntgerichte zorg te kunnen bieden en extra ondersteuning van bijvoorbeeld een psycholoog door middel van een brainstorm- of overlegmoment.

Naar de **toekomst** toe, en dan met name na de verhuis, wil het personeel vaste briefingsmomenten invoeren, intervisies organiseren met een externe consultant (e.g. psycholoog, sociaal assistent, etc.), een mantelzorggroep oprichten (een soort lotgenotencontact) en wil het personeel zorgen voor goede ondersteuning bij het begeleiden van de cliënten in functie van de verhuis.

Tabel 11 Thema's en aspecten van tevredenheid, noden en toekomst vanuit focusgroep

Betrokkenheid familie	Noden DVC	Toekomst
<ul style="list-style-type: none"> • Telefonisch • Mail • Heen-en-weer boekje • Zorgoverleg • Evaluatie > 1mnd • Infosessies • Krantje • Brieven 	<ul style="list-style-type: none"> • VTE • Tijd • Kennis • Ondersteuning 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaste briefingsmomenten • Intervisies organiseren met externe consultant • Mantelzorggroep (~ infosessies) • Ondersteuning bij cliëntenbegeleiding ifv verhuis

- Na de verhuis – 3 focusgroepen

Uit het tweede focusgroepinterview bleek dat de **verhuis** zeer vlot is verlopen, mede dankzij een goede voorbereiding. De coördinator gaf wel aan dat hij graag meer tijd had gehad voor o.a. beleidsteksten uit te schrijven.

Na de verhuis werd besloten om systematisch voor iedereen een **heen-en-weerboekje** te voorzien, ongeacht of de persoon gebruik maakt van het busvervoer. Het personeel merkt echter dat het gedeelte voor de mantelzorgers weinig tot niet gebruikt wordt. Dit wordt ondersteund door de gegevens uit de telefonische interviews met de mantelzorgers, voornamelijk tijdens de laatste afname (zomer 2018).

Het **zorgoverleg/briefingsmomenten** worden nu systematische ingepland, maar vooral de coördinator merkt op dat deze planning nog beter kan. De mantelzorgers geven dit ook aan tijdens de telefonische interviews: ze zijn sneller geïnteresseerd in een 1-op-1 gesprek in verband met het functioneren van hun familielid, de werking van het DVC, etc. dan het allemaal te lezen in het heen-en-weerboekje.

Het personeel geeft tijdens de verschillende interviews na de verhuis aan dat de personen met cognitieve problemen is gestegen, niet alleen in aantal maar ook in **zorgproblematiek**. De nieuwe mensen die zich aanmelden, hebben vaak al vergevorderde cognitieve problemen in vergelijking met de nieuwe aanmeldingen voor de verhuis. De mantelzorgers lijken momenteel langer te wachten om zorg in te schakelen. Het personeel geeft aan dat er verschillende mensen zijn die zich aanmelden met zulke zware zorgafhankelijkheid dat deze personen eigenlijk reeds doorverwezen dienen te worden naar een woon- en zorgcentrum.

Er werden zelf door het personeel ook al aanpassingen gedaan met betrekking tot **dagindeling** en aanpak tijdens gezamenlijke activiteiten, vooral op basis van hun ervaringen, expertise en buikgevoel. Zo werd de namiddagactiviteit verkort van 1u naar 45 minuten, maar de tijd voor het turnen in de ochtend werd verdubbeld: van 10 minuten naar 20 minuten. Tijdens het interview werd opgemerkt door de personeelsleden die reeds voor de verhuis werkzaam waren binnen het DVC, dat de **activiteiten** meer en **beter afgestemd** zijn op de cliënten met een specifiek doel voor ogen, en dat er ook vaak individueel gewerkt kan worden. Er moet wel opgemerkt worden dat dit enkel mogelijk is als er voldoende personeel aanwezig kan zijn en zich vrij kan maken tijdens deze momenten. Een volledige cliëntgerichte werking is dus echter nog moeilijk toe te passen vanwege het personeelsaantal. Dit kan

eventueel wel opgelost worden door meer vrijwilligerswerking. En eventueel ook een effectieve praktische samenwerking met het woon-zorgcentrum.

Er werd echter ook aangehaald dat er verschillen merkbaar zijn tussen de verschillende **zorgprofessionals**. Zo heeft bijvoorbeeld de ene persoon reeds meer ervaring met cliëntgerichte en doelmatige activiteiten, terwijl andere personen hier nog in moeten groeien. Hier is in de loop van de focusgroepen, dus vooral tijdens het 2^{de} projectjaar, ook veel verbetering in gekomen. Vooral door het feit dat de professionals meer ervaring hebben opgedaan, overleg hebben gehad met andere collega's, etc.

Met betrekking tot de **fysieke omgeving**, zowel extern als intern, merkt het personeel ook veranderingen. Zo merkt men dat de nieuwe campus te Banneux verder uit de stad ligt, waardoor er ook minder snel een korte wandeling gemaakt kan worden naar de stad. Men tracht dit op te vangen door toch wandelingen te organiseren met vrijwilligers. Deze vrijwilligerswerking groeit ook steeds meer. Het personeel merkte ook op dat de interne aankleding nog beter kan. Echter, men wil niet teveel prikkels bezorgen aan de mensen omdat dit onrust zou kunnen brengen. Een goede afweging maken tussen een huiselijke sfeer en geen overdaad aan prikkels is dus een noodzaak. Verder heeft men al gemerkt dat er te weinig natuurlijk licht kan binnenvallen in bepaalde ruimtes en dat een optimale tafelschikking niet altijd mogelijk is omwille van beperkingen in de fysieke ruimte. Wat betreft het **betrekken van de mantelzorgers** is men nog steeds zoekende naar de beste vorm. Dit werd ook meegenomen in het 2^{de} telefonische interview met de mantelzorgers en de resultaten zullen opgenomen worden in het rapport dat in september opgeleverd zal worden.

Algemeen wordt door het personeel wel aangehaald dat men al een hele grote weg hebben afgelegd in het eerste jaar na de verhuis, maar dat er nog heel wat stappen ondernomen moeten worden. Het feit dat er een goede teamspirit is omdat men met een vast team werkt die elkaar dagelijks ziet, met goede afspraken naar wie welke taken uitvoert, is al een heel groot voordeel. Het is namelijk niet iedereen gegeven om goed te kunnen functioneren in een dagzorgcentrum aangezien de professionele achtergrond hier niet altijd op afgestemd is. Zo zijn bijvoorbeeld verpleegkundigen opgeleid om effectief zorg te verlenen, terwijl men in het dagzorgcentrum eerder begeleidende zorg dient te geven. Ook praktisch moeten er nog stappen ondernomen worden, zoals erkenningen of het bepalen van grenzen (welke mensen worden opgenomen in campus Stadspark en welke worden doorverwezen naar campus Banneux, etc.).

Cliëntgerichte werking

Door middel van vrije observaties en video-opnames werden de eerste resultaten van focusgroep 1 bij de personeelsleden bevestigd. Concreet werd door de observaties bevestigd dat het personeel inderdaad cliëntgericht te werk gaat door op een specifieke manier de mensen te benaderen en te betrekken bij activiteiten. Ook de communicatie van het personeel naar de cliënten is aangepast, bijvoorbeeld door een ik-boodschap te brengen, uitleggen wat je gaat doen, positieve boodschappen brengen, etc. Uit de observaties is echter ook gebleken dat er nog ruimte voor verbetering is. Zo zijn er bijvoorbeeld situaties waarin personeelsleden een cliënt langs achter benaderen, of een situatie waarbij de cliënt niet met naam wordt aangesproken.

Vanuit de vrije observaties na de verhuis worden de bevindingen van de periode voor de verhuis bevestigd, maar de observaties wijzen ook uit dat er een verschil is tussen de verschillende professionals met betrekking tot cliëntgerichte werking en aanpak. Dit komt overeen met hetgeen ook

aangehaald werd in de 2^{de} focusgroep met het personeel (zie eerder). Na volledige analyse van de vrije observaties die ter beschikking waren, kan inderdaad geconcludeerd worden dat er een verschil is tussen de verschillende zorgprofessionals. Dit verschil dient echter met de nodige voorzichtigheid genuanceerd te worden. Zo kon enkel een vergelijking gemaakt worden van gelijkaardige activiteiten en niet volledig dezelfde activiteiten. Zo werd bijvoorbeeld een vergelijking opgesteld tussen 2 dobbelspelen: cijfers weg dobbelen en kleuren weg dobbelen.

In het 2^{de} projectjaar is te zien dat het personeel effectief aan de slag gaat om zoveel mogelijk de cliëntgerichte aanpak te implementeren: manier hoe men de cliënten aanspreekt, betreft bij activiteiten, manier waarop men zichzelf positioneert ten opzichte van de cliënten, etc. Het blijft echter moeilijk om helemaal cliëntgericht te werken aangezien de ruimtelijke omgeving niet volledige aanpasbaar is voor de noden van het personeel en de cliënten.

Discussie

Zoals ook in het intern rapport van dhr. Porta en mevr. Legerstee beschreven werd, werd ook door de onderzoeker en studenten van Hogeschool PXL weinig specifieke literatuur gevonden. Er werd een aanvulling gegeven op de interne nota van het DVC. De onderzoeker en studenten hebben ook getracht om het onderwerp breder open te trekken (naar algemeen welbevinden bij ouderen, levenskwaliteit bij ouderen, etc.), maar wellicht is er nog meer evidence based practice en good practices te vinden wanneer het onderwerp nog breder open getrokken wordt.

Bij het praktijkgericht onderzoek kan opgemerkt worden dat de resultaten tot nu toe zeer positief zijn, maar dat er zeker nog ruimte is om te verbeteren wat betreft cliëntgerichte benadering en werking. Er zijn geen grote verschillen op te merken tussen de karakteristieken van de 2 reeds geanalyseerde groepen, enkel dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden van niveau 2-3 naar 3-4 op de Global Deterioration Scale. Hier werd geen statistische reden voor gevonden. Het kan bijvoorbeeld liggen aan het feit dat er andere mensen in beide groepen zaten, ofwel door het normale verouderingsproces. Verder kan uit de resultaten geconcludeerd worden dat er goede scores behaald worden op de Qualidem, waarop enkel de subschaal “iets om handen hebben” lager scoort tijdens beide meetmomenten (i.e. voor en na verhuis). Dit kan verklaard worden door het feit dat de aspecten binnen deze subschaal vaak de reden zijn waarom personen beroep doen op een DVC: men heeft nood aan een zinvolle dagbesteding aangezien de cliënt thuis vaak zeer passief is. Opvallend is dat de score op deze subschaal verdubbeld tijdens het meetmoment na de verhuis ten opzichte van voor de verhuis. Dit was niet verwacht aangezien vanuit de literatuur duidelijk gesteld wordt dat binnen de eerste 4 maanden van een grote verandering in het leven van een cliënt met cognitieve problematiek, de levenskwaliteit en het welbevinden achteruit gaat. Pas op langere termijn (i.e. 12 maanden) is er een verbetering merkbaar [9].

Zowel vanuit de vrije observaties als vanuit de focusgroepinterviews met het personeel kan opgemerkt worden dat het personeel van het DVC reeds een goede instelling heeft met betrekking tot cliëntgerichte werking en aanpak, er is echter nog ruimte voor verbetering. Het personeel heeft bijvoorbeeld wel kennis van de diverse cliëntgerichte benaderingswijzen, maar past deze niet steevast toe wanneer het mogelijk is, voornamelijk na de verhuis. Dit kan te wijten zijn aan de fysieke omgeving (andere indeling van ruimten, andere tafelschikking, etc.), maar ook aan personeelwissels (e.g. nieuwe personeelsleden) of de achtergrond van de verschillende professionals.

Vanuit het onderzoeksgedeelte van het project dient echter ook opgemerkt te worden dat het begrip “cliëntgerichte werking” met de nodige voorzichtigheid gebruikt dient te worden. Een cliëntgerichte

werking houdt namelijk in dat de persoon zelf betrokken is bij het hele proces van “keuze van activiteit” tot “uitvoering en beoordeling van activiteit”. De activiteit dient verder ook volledig afgestemd te zijn op de noden en wensen van elk individu. De volledige implementatie van het cliëntgericht werken, een cliëntgerichte aanpak, is dus nog geen feit. Men dient zich ook af te vragen of dit mogelijk is in de structuur van het DVC (uurregelingen, aanwezigheid personeel, etc.) en in de ruimtelijke omgeving van het DVC (afmetingen van lokalen, plaatsing tafels/stoelen, etc.).

Het voorliggende onderzoeksrapport is een aanzet tot verdere professionalisering van het DVC. Het personeel van het DVC is intussen opgeleid in het afnemen van de Qualidem en kan zelf voor gegevensverzameling instaan. Op lange termijn kan men door middel van het bijhouden van alle gegevens en berekenen van percentages en/of gemiddelden ook een uitspraak doen over het welbevinden van de cliënten.

Ter afsluiting van dit rapport wensen de onderzoeker en het onderzoekshoofd van Hogeschool PXL – Expertisecentrum Zorginnovatie het OCMW Hasselt te bedanken voor het vertrouwen in ons. Alsook wensen wij DVC Hogeveijf met alle personeelsleden, cliënten en mantelzorgers te bedanken voor hun medewerking aan dit project. Het personeel wensen wij ook nog specifiek te bedanken voor het begeleiden van onze studenten die samen met ons dit project tot een goed einde hebben kunnen brengen.

Appendix 1: Statistische begrippen

- Pagina 4, tabel 2: Psychometrische gegevens van de Qualidem

Psychometrische gegevens:

Met psychometrische gegevens bedoelen we de gegevens die de waarde bepalen van een vragenlijst, meetinstrument, test, etc. De psychometrische gegevens bestaan uit betrouwbaarheid, validiteit, consistentie en responsiviteit. Er zijn niet altijd gegevens voor al deze aspecten.

Betrouwbaarheid:

Betrouwbaarheid is de nauwkeurigheid en precisie van een vragenlijst, meetinstrument, test, etc. In dit geval is er een algemene betrouwbaarheid berekend voor de Qualidem. Deze bedraagt tussen de 0.60 en 0.90. Vanaf 0.65 wordt gesproken van een goede betrouwbaarheid.

Cronbach's alfa:

Dit is één van de meest gebruikte statistische testen om betrouwbaarheid na te gaan. Het is een test die de betrouwbaarheid nagaat op basis van het aantal items. Hoe meer items, hoe hoger de Cronbach's alfa moet zijn om betrouwbaar te zijn. Over het algemeen wordt het volgende aangenomen: ≥ 0.50 = voldoende, ≥ 0.65 = goed, ≥ 0.80 = zeer goed.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:

Dit is 1 van de onderdelen van de algemene betrouwbaarheid. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid geeft de overeenkomst (nauwkeurigheid en precisie) weer tussen de uitkomsten van dezelfde metingen, maar uitgevoerd door verschillende beoordelaars. Ook hier geldt: hoe hoger de score bij de absolute waarde 1, hoe beter.

Test-retest betrouwbaarheid:

Dit is ook 1 van de onderdelen van de algemene betrouwbaarheid. De test-retest betrouwbaarheid geeft de mate weer waarin de gevonden scores bij herhaalde afnames van hetzelfde instrument, onder dezelfde omstandigheden, bij dezelfde respondenten, door dezelfde beoordelaar. Ook hier geldt: hoe hoger de score bij de absolute waarde 1, hoe beter.

- Pagina 11, tabel 3: Karakteristieken van de deelnemende cliënten

n:

n = het aantal. Een kleine n staat voor steekproef, een grote N staat voor populatie (deze laatste komt zelden voor).

Gemiddelde (gem.):

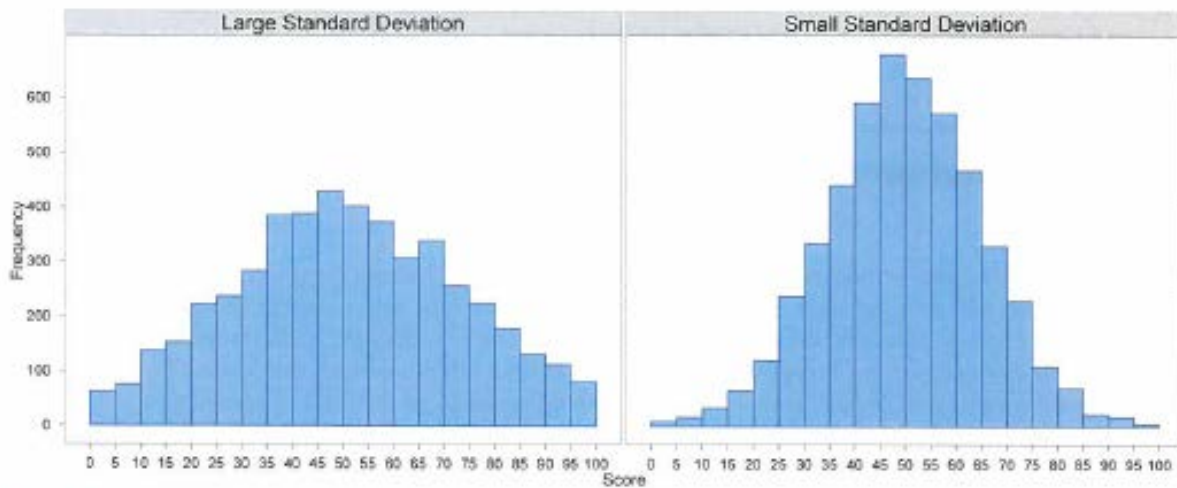
= Rekenkundig gemiddelde

Standaard deviatie (SD):

“de gemiddelde afstand tot het gemiddelde”. De standaard deviatie is een getal die de spreiding van de verschillende scores ten opzichte van het gemiddelde weergeeft. Bij een standaard

deviatie van 0, komen alle gevonden waarden overeen met het gemiddelde. De standaarddeviatie kan gebruikt worden als indicator voor het normaal verdeeld zijn van de variabele. Als vuistregel geldt dat er in het interval dat bepaald wordt door het gemiddelde plus één maal de standaarddeviatie (de bovengrens) en het gemiddelde min één maal de standaarddeviatie (de ondergrens), ongeveer 69% van alle waarden voor moet komen. Bij plus of min twee maal de standaarddeviatie ligt ongeveer 95%, en bij plus of min drie maal de standaarddeviatie ligt 99%. Is dit niet het geval dan heeft men een andere verdeling.

Wanneer het gemiddelde de data goed representeert, heeft men een relatief lage standaard deviatie in functie van het gemiddelde. Wanneer het gemiddelde de data niet goed representeert, heeft men een relatief hoge standaard deviatie in functie van het gemiddelde. Onderstaande tekening geeft 2 frequentietabellen weer met eenzelfde gemiddelde (namelijk 50) maar een andere standaard deviatie.



Een standaard deviatie moet altijd bekeken worden in functie van het onderwerp. Zo is een standaard deviatie van 5 in functie van een gemiddelde leeftijd niet zo groot als wanneer men spreekt over een standaard deviatie van 5 in functie van aantal kinderen.

- Pagina 12, tabel 4 en 5: scores Qualidem

Percentage:

Rekenkundig percentage. Cijfer of ratio uitgedrukt in een breuk op 100.

- Pagina 10: vergelijking van scores

Repeated measures ANOVA:

Een statistische test waarbij dezelfde groep mensen (in het onderzoek van HOGEDIJF dus dezelfde groep mensen die over alle meetmomenten heen hebben deelgenomen aan het onderzoek) herhaaldelijk wordt gemeten en deze scores met elkaar worden vergeleken.

p-waarde:

De p-waarde is de waarschijnlijkheidswaarde. Deze waarde wordt op voorhand bepaald om te kijken hoe goed een statistisch model past opdat de nulhypothese (= er is geen verschil) waar zou zijn. Als uiteindelijk na berekening de p-waarde lager blijkt te zijn dan de vooropgestelde p-waarde, kunnen we concluderen dat het statistisch model de data goed voorstelt. Bijgevolg hebben we dus meer vertrouwen in de alternatieve hypothese (= er is wel een verschil). Bij de meerderheid van onderzoeken wordt een p-waarde van 0.05 opgesteld (dit wil zeggen dat er een 95% betrouwbaarheidsinterval gebruikt wordt = 5% foutenmarge). In het geval van dit specifieke onderzoek binnen HOGEVIJF, kan dus gezegd worden dat van zodra de p-waarde kleiner is dan 0.05, er een statistisch verschil is tussen de verschillende groepen.

Appendix 2: Sence of Competence Questionnaire (short form)

- In welke mate voelt u dat uw huidige situatie met uw uw privacy beïnvloed?
 - Zeer sterk mee eens = 1
 - Mee eens = 2
 - Neutraal = 3
 - Niet mee eens = 4
 - Zeer sterk niet mee eens =5

- In welke mate voelt u zich gestresseerd om enerzijds uw ... tevreden te stellen en anderzijds uw andere familiale verantwoordelijkheden, werk, etc. op te nemen?
 - Zeer sterk mee eens = 1
 - Mee eens = 2
 - Neutraal = 3
 - Niet mee eens = 4
 - Zeer sterk niet mee eens =5

- In welke mate wenst u dat u en uw ... een betere relatie/verstandhouding hadden?
 - Zeer sterk mee eens = 1
 - Mee eens = 2
 - Neutraal = 3
 - Niet mee eens = 4
 - Zeer sterk niet mee eens =5

- In welke mate voelt u zich gespannen in uw omgang met uw ...?
 - Zeer sterk mee eens = 1
 - Mee eens = 2
 - Neutraal = 3
 - Niet mee eens = 4
 - Zeer sterk niet mee eens =5

- In welke mate voelt u dat uw ... zich gedraagt om zijn/haar zin te krijgen?
 - Zeer sterk mee eens = 1
 - Mee eens = 2
 - Neutraal = 3
 - Niet mee eens = 4
 - Zeer sterk niet mee eens =5

- Heeft u soms het gevoel dat uw ... zich op een bepaalde manier gedraagt om u te ergeren?
In welke mate voelt u dat uw ... zich gedraagt om u te ergeren?
 - Zeer sterk mee eens = 1 = ja, heel erg
 - Mee eens = 2 = ja
 - Neutraal = 3
 - Niet mee eens = 4 = nee
 - Zeer sterk niet mee eens =5 = nee, helemaal niet

- Heeft u soms het gevoel dat uw ... zich op een bepaalde manier gedraagt om u te manipuleren?

In welke mate voelt u dat uw ... probeert u te manipuleren?

- Zeer sterk mee eens = 1 = ja, heel erg
- Mee eens = 2 = ja
- Neutraal = 3
- Niet mee eens = 4 = nee
- Zeer sterk niet mee eens = 5 = nee, helemaal niet

Referenties

- [1] T. Aspden, S. A. Bradshaw, E. D. Playford, and A. Riaz, "Quality-of-life measures for use within care homes: a systematic review of their measurement properties," *Age Ageing*, vol. 43, no. 5, pp. 596-603, Sep 2014.
- [2] T. Ettema, D. R. Lange de J, G. Mellenbergh, and M. Ribbe, "Handleiding Qualidem," *Een meetinstrument. Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie*, vol. 1, 2005.
- [3] A. M. M. Rokstad, L. McCabe, J. M. Robertson, M. G. Strandenaes, S. Tretteteig, and S. Vatne, "Day care for people with dementia: A qualitative study comparing experiences from Norway and Scotland," (in eng), *Dementia (London)*, p. 1471301217712796, Jan 1 2017.
- [4] M. A. Reimer, S. Slaughter, C. Donaldson, G. Currie, and M. Eliasziw, "Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life," *J Am Geriatr Soc*, vol. 52, no. 7, pp. 1085-92, Jul 2004.
- [5] K. Sjogren, M. Lindkvist, P. O. Sandman, K. Zingmark, and D. Edvardsson, "Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units," *J Adv Nurs*, vol. 69, no. 10, pp. 2196-205, Oct 2013.
- [6] J. S. Kok, M. J. van Heuvelen, I. J. Berg, and E. J. Scherder, "Small scale homelike special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study," *BMC Geriatr*, vol. 16, p. 47, Feb 16 2016.
- [7] J. Robison, L. Curry, C. Gruman, M. Porter, C. R. Henderson Jr, and K. Pillemer, "Partners in caregiving in a special care environment: cooperative communication between staff and families on dementia units," *The Gerontologist*, vol. 47, no. 4, pp. 504-515, 2007.
- [8] K. Abrahamson, T. Lewis, A. Perkins, D. Clark, A. Nazir, and G. Arling, "The influence of cognitive impairment, special care unit placement, and nursing facility characteristics on resident quality of life," *J Aging Health*, vol. 25, no. 4, pp. 574-88, Jun 2013.
- [9] L. Måvall and B. Malmberg, "Day care for persons with dementia: An alternative for whom?," *Dementia*, vol. 6, no. 1, pp. 27-43, 2007.
- [10] H. Verbeek, S. M. Zwakhalen, E. van Rossum, T. Ambergen, G. I. Kempen, and J. P. Hamers, "Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics," *BMC Health Serv Res*, vol. 10, p. 30, Jan 29 2010.
- [11] H. Verbeek, S. Zwakhalen, E. van Rossum, G. Kempen, and J. Hamers, "Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: de invloed op bewoners, mantelzorgers en medewerkers," *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 44, no. 6, pp. 261-271, 2013.
- [12] W. Moyle, D. Fetherstonhaugh, M. Greben, E. Beattie, and L. g. AusQo, "Influencers on quality of life as reported by people living with dementia in long-term care: a descriptive exploratory approach," *BMC Geriatr*, vol. 15, p. 50, Apr 23 2015.
- [13] J. Zeisel, N. M. Silverstein, J. Hyde, S. Levkoff, M. P. Lawton, and W. Holmes, "Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units," *Gerontologist*, vol. 43, no. 5, pp. 697-711, Oct 2003.
- [14] K. Day, D. Carreon, and C. Stump, "The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research," *Gerontologist*, vol. 40, no. 4, pp. 397-416, Aug 2000.
- [15] J. A. Teresi, D. Holmes, and M. G. Ory, "The therapeutic design of environments for people with dementia: further reflections and recent findings from the National Institute on Aging Collaborative studies of Dementia special care units," *Gerontologist*, vol. 40, no. 4, pp. 417-21, Aug 2000.
- [16] M. J. Graff, M. J. Vernooij-Dassen, M. Thijssen, J. Dekker, W. H. Hoefnagels, and M. G. Rikkert, "Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial," *BMJ*, vol. 333, no. 7580, p. 1196, Dec 09 2006.

- [17] A. K. Desai, G. F. Desai, S. McFadden, and G. Grossberg, "Experiences and perspectives of persons with dementia," *Dementia Care*, pp. 151-166, 2016.
- [18] A. M. Rokstad, K. Engedal, O. Kirkevold, J. Saltyte Benth, M. L. Barca, and G. Selbaek, "The association between attending specialized day care centers and the quality of life of people with dementia," (in eng), *Int Psychogeriatr*, vol. 29, no. 4, pp. 627-636, Apr 2017.
- [19] A. J. Lamond *et al.*, "Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women," (in Eng), *J Psychiatr Res*, vol. 43, no. 2, pp. 148-54, Dec 2008.
- [20] J. M. Tomas, P. Sancho, J. C. Melendez, and T. Mayordomo, "Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: a structural equation modeling approach," (in Eng), *Aging Ment Health*, vol. 16, no. 3, pp. 317-26, 2012.
- [21] J. L. Smith and L. Hollinger-Smith, "Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults," (in Eng), *Aging Ment Health*, vol. 19, no. 3, pp. 192-200, 2015.
- [22] T. Williamson and T. Paslawski, "Resilience in dementia: perspectives of those living with dementia/La resilience en demence : perspectives d'individus qui vivent avec la demence.," *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, vol. 40, no. 1, pp. 1-15, 2016.
- [23] R. C. Moore *et al.*, "Complex interplay between health and successful aging: role of perceived stress, resilience, and social support," (in Eng), *Am J Geriatr Psychiatry*, vol. 23, no. 6, pp. 622-32, Jun 2015.
- [24] A. Fianco, R. D. Sartori, L. Negri, S. Lorini, G. Valle, and A. Delle Fave, "The relationship between burden and well-being among caregivers of Italian people diagnosed with severe neuromotor and cognitive disorders," (in Eng), *Res Dev Disabil*, vol. 39, pp. 43-54, Apr 2015.
- [25] S. Tretteteig, S. Vatne, and A. M. Rokstad, "The influence of day care centres designed for people with dementia on family caregivers - a qualitative study," (in eng), *BMC Geriatr*, vol. 17, no. 1, p. 5, Jan 5 2017.
- [26] A. Eijkelenboom, H. Verbeek, E. Felix, and J. van Hoof, "Architectural factors influencing the sense of home in nursing homes: An operationalization for practice," *Frontiers of Architectural Research*, vol. 6, no. 2, pp. 111-122, 2017/06/01/ 2017.
- [27] J. S. Kok, I. J. Berg, and E. J. Scherder, "Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life - a review," *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, vol. 3, no. 1, pp. 360-75, Oct 05 2013.